

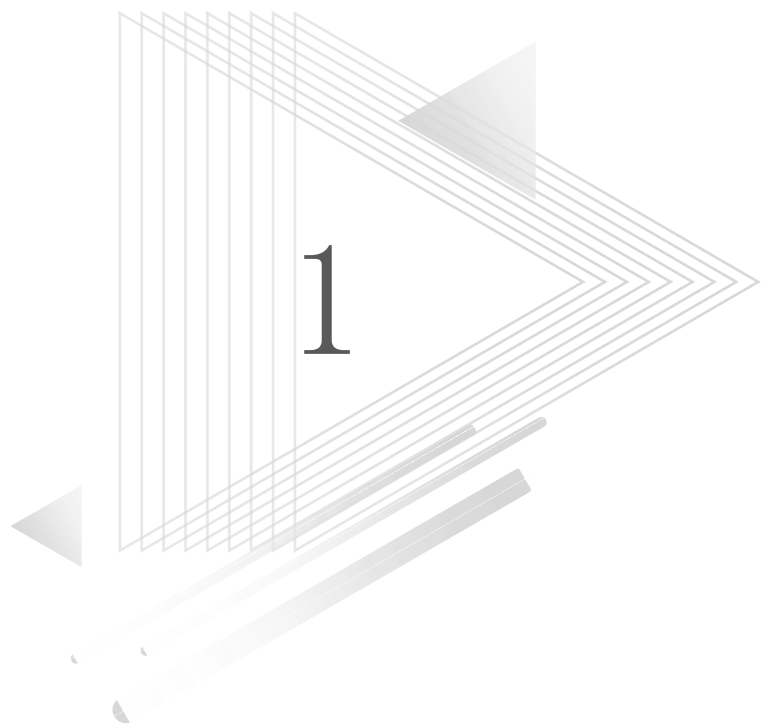
寿险理赔风险控制

2020-xx-xx



目录
CONTENTS

-
- 01 一、寿险理赔风险的分类
 - 02 二、保险欺诈
 - 03 三、舆论环境
 - 04 四、司法环境
 - 05 五、舞弊与操作风险



一、寿险理赔风险的分类





一、寿险理赔风险的分类

1. 外部风险

- (1) 保险欺诈
- (2) 舆论环境
- (3) 司法环境

2. 内部风险

- (4) 舞弊与操作风险



2

二、保险欺诈



二、保险欺诈

保险欺诈的定义

《反保险欺诈指引》：保险金诈骗类欺诈行为主要包括故意虚构保险标的，骗取保险金；编造未曾发生的保险事故、编造虚假的事故原因或者夸大损失程度，骗取保险金；故意造成保险事故，骗取保险金的行为等

二、保险欺诈

保险诈骗的方式

故意虚构保险标的骗取保险金，虚报年龄投保

保险标的在人身保险中表现为人的生命或身体健康，而虚构保险标的是指投保人对根本就不存在的保险标的作虚假表示，使保险人误以为保险标的存在而与之签定保险合同的行为。其特征表现为：投保人明知被保险人不存在或不符合投保条件，而故意为之，其主观愿望是为了骗取保险金。在人身保险中故意不履行如实告知义务已成为寿险公司最常见的问题之一。具体表现为

二、保险欺诈

1、故意隐瞒被保险人的真实年龄，即将不符合投保年龄的人作为符合投保年龄的人投保。这一点《保险法》第54条已作了有利于投保人的规定，即自合同成立之日起逾二年的除外

2、隐瞒既往病史或现有病症投保

3、隐瞒被保险人的真实职业。这一点在意外险中表现得尤为突出，投保人为了少交保险费或将保险公司不予承保的变为能保的，而故意将高风险职业作为较低风险的职业投保，也属虚构保险标的行为



二、保险欺诈

故意造成被保险人死亡、残疾，编造虚假事故原因或夸大损失程度

人身保险是以人的生命安全及健康为保险标的，这类保险除了个别是具有“储蓄”性质的两全保险外，大多都是以被保险人的死亡、伤、残或疾病为给付条件的，在这种情况下有些投保人、受益人为了获取保险金，就会人为地故意制造保险事故，往往采取杀害、伤害、虐待、遗弃、传播传染病等致使被保险人死亡、伤、残或患病，谎报保险事故。主要有以下几种方式

二、保险欺诈

- 1、故意造成被保险人死亡骗取保险金。其手法无非是伪装被第三者袭击；伪装失足溺死、摔死；伪装交通事故、中毒、疾病死亡或其它意外死亡等。这类案件在保险业发达的国家已经习以为常，在我国，随着人们保险意识的普遍提高、投保金额的加大，也越来越成为犯罪分子选择的诈骗保险金方式
- 2、故意造成被保险人残疾骗取保险金。由于一般的残疾不会危及被保险人的生命，又会获得一笔可观的保险金，不少犯罪分子采取这种隐蔽性很强的方式来博得保险人的同情。20世纪末在台湾地区发生的几起“金手指”案，都是被保险人同时向多家保险公司投保巨额人身意外伤害保险，然后使自己的手指缺失，并向保险公司索赔保险金，属于典型的自残后骗取保险金的方式
- 3、编造虚假的保险事故、伪造证明材料骗取保险金。指投保人、被保险人或受益人在未发生保险事故的情况下虚构事实，谎称发生了保险事故，或者所发生的事故与保险无关，而设法伪造证明、制造成保险事故，来达到骗取保险金的目的
- 4、对发生的保险事故夸大损失程度，骗取保险金。主要表现在给付医疗费额的赔案中，开大方、开假方、所取药物与病(伤)情无关、痊愈出院后大量带药等都是夸大损失程度的行为

二、保险欺诈

主要存在的问题

客户报案不及时

- ▶ 虽然保险条款和索赔须知明确要求，发生保险责任范围内的事故，要在第一时间通知公司。可实际上，由于缺乏法律层面的理赔规定，加之执法人员的职业素质和事故当事人的不良动机，使理赔责任的认定，充满了不确定因素

过分依赖外部资料

- ▶ 为了防止骗保，公司通常依赖公检法、医疗机构等权威部门或关联单位出具的证明作为赔付依据。然而，这个做法存在两个问题：1. 不同行业对同一名词的解释与认知不同，如“意外”一词，保险行业的意外与大众普遍认识的“意外”存在一定差异；2. 一些部门出于各种考虑，可能乱出证明

二、保险欺诈

调查力量不足

目前部分分公司存在严重的调查力量不足的问题，调查人员没有精力对调查中发现的问题进行深入的调查，只能完成简单的资料核实、病历提取等工作，部分分公司甚至存在无法落实实地查勘双人调查的情况，为外部保险欺诈及内部舞弊提供了条件

保险业内信息披露系统缺失

业内外的黑名单制度尚未完全推行。不少存在问题的所谓黑名单客户让保险公司防不胜防。而且部分保险从业人员的职业道德缺失，里外勾结，共同谋利的现象不断发生，利用了保险公司自身管理的缺陷，使保险欺诈现象防不胜防

二、保险欺诈

控制措施

充分利用报案信息

对于95519及销售人员的报案信息，及时响应，查询出险人保单，尤其对于大额意外身故案件要引起高度重视，对于死因不明的案件必须送达尸检通知书，对于高额案件可以在尸检通知书上注明尸检费用由公司承担，同时要留存尸检通知确实送达的证据

提高直付案件覆盖面

直付案件从客观上能够降低医疗险案件的欺诈风险，医疗机构对保险公司往往存在无所谓的态度，但是医保中心作为医疗机构的管理部门，其对医疗机构患者身份核实、收住院标准、用药范围、住院天数具有监督的权利，同时直付案件数据直接来源于医疗中心数据库，杜绝了客户提供虚假住院票据的可能性

二、保险欺诈

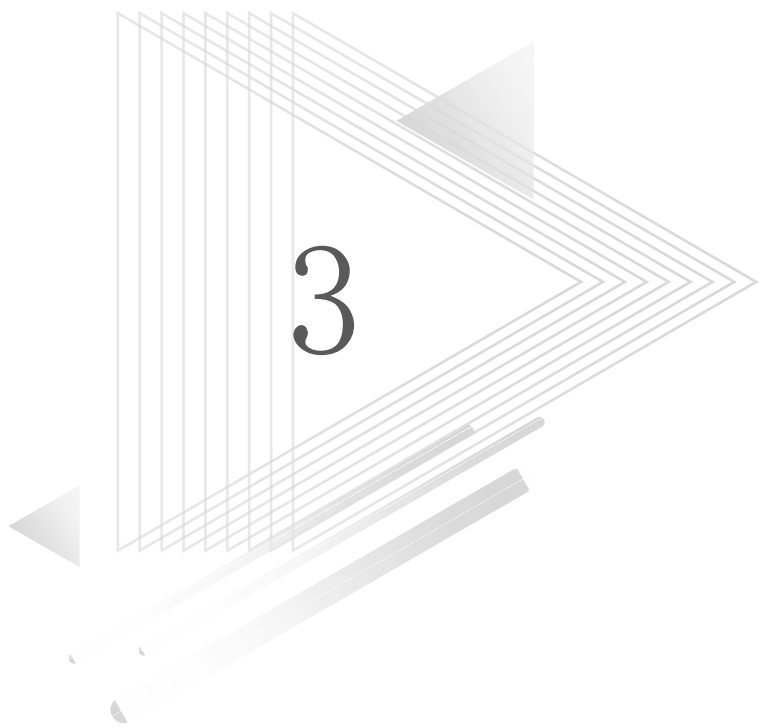
提高作业人员技能水平

处理人员：杜绝大而广的提调思路，加强提调要点的针对性，分析案件可能存在的风险点，针对风险点提出对应的调查要点，对于部分特殊的提调要求，可以在提调要点中写明提调思路

调查人员：采用科学的手段开展调查工作，善于应用现代化的调查手段如与公司联网的公安户籍系统；注意固定、保存调查中发现的证据；调查中发现案件存在新的疑点时，及时反馈并跟进调查

建立与同业之间良性的调查沟通渠道，探索引入外部调查力量

充分利用各地自发组建的行业内调查互助群，对于重大案件内部调查力量不足时可考虑引入外部调查力量



三、舆论环境



三、舆论环境

1. 幸存者偏差

2022年74家险企发布年报赔付近2500亿元，行业内获赔率超99%。但是社会上对保险业的普遍看法仍然是“保险都是骗人的”“保险只有两种不赔，这也不赔，那也不赔”

幸存者偏差：是一种常见的逻辑谬误（“谬误”而不是“偏差”），意思是只能看到经过某种筛选而产生的结果，而没有意识到筛选的过程，因此忽略了被筛选掉的关键信息

序号	保险公司	理赔总金额（亿元）				
		合计	重疾	医疗	伤残	身故
1	中国人寿	515.00	155.53	199.82	18.54	141.11
2	平安寿险	398.00	201.00	118.00	7.96	71.64
3	人保健康	202.00	19.15	167.90		2.00
4	太保寿险	187.00	99.00	54.00	4.00	30.00
5	平安养老	156.00				
6	新华保险	135.00	54.00			
7	泰康人寿	79.00	40.92	25.00		
8	燕康养老	74.00	15.24	57.62		
9	人保寿险	69.00	18.88	37.30		
10	太平养老	55.00	6.00		1.00	2.00

序号	保险公司	理赔件数	获赔率
1	中国人寿	1917.00	99.65%
2	平安寿险	410.00	99.00%
3	新华保险		99.77% (小额医疗险)
4	泰康人寿	104.00	
5	太平人寿	74.93	
6	天安人寿		98.10%
7	光大永明		99.00%
8	民生人寿	10.00	99.20%
9	富德生命	36.20	97.91%
10	太平养老	500.00	98.00%

三、舆论环境

对于保险行业而言，理赔结果存在明显的“幸存者偏差”现象。那些成功获得赔付的客户往往将赔付视为理所当然的权利，并不会特别去网上分享或告诉其他人。然而，那些未能获得赔付或对赔付金额不满意的人，为了向保险公司施压，更有可能在网上发布相关信息

这些客户在发布信息时，可能会隐瞒对自己不利的事实，这导致公众看到的网络信息大多都是关于保险公司拒绝支付保险金的。这种幸存者偏差现象的存在，可能会使人们对保险公司的看法产生偏见，误以为所有的保险公司都会拒绝赔付

因此，我们需要意识到幸存者偏差的影响，并努力提供全面的信息，以便公众能够更准确地了解保险行业的真实情况

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/776102012015010114>